# 検査依頼書【 豚病性鑑定 】

1枚目

太枠内について，ご記入および該当する ☐ にチェック☑をお願い致します。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 送付日 | 2025 年 4 月 1 日 火 曜日 | 受付No. | |
| 検体名 | 豚 検体数（ 2 ）検体 | 受付日 | ／ ／ |
| | | 報告予定日 | ／ ／ 頃 |
| | | SKKコンサル担当: | |

**依頼者名**

正式名称をご記載ください。例：名称（株式会社〇〇〇畜産）系列農場名（××農場）

名称:（ 株式会社ABCファーム ） ご担当: 食環太郎

系列農場名（ DEF農場 ）

県名は必ずご記載ください。

住所: 〒123-456 〇〇県△△市□□町7-8-9

TEL: 01-234-5678 | FAX: 01-234-5679 | email: abcde@fghi.com

受付完了の連絡を
☐ 希望する
☐ 希望しない
連絡方法
☐ FAX
☐ メール

**農場名**

☑ 依頼者と同じ
☐ 匿名希望

正式名称をご記載ください。例：名称（株式会社〇〇〇畜産）系列農場名（××農場）

系列農場名

名称:（ ） （ ） ご担当:

県名は必ずご記載ください。

住所:

TEL: | FAX: | email:

受領印

**ご希望の報告方法**

依頼者: ☐ 郵送 ☐ FAX ☑ メール

農場: ☐ 郵送 ☐ FAX ☐ メール

**請求先**

☑ 依頼者 ☐ 農場 ☐ その他の場合、下欄にご記載ください。

名称: ご担当: TEL FAX:

住所: email:

## 【検体情報】

太枠内について，必ずご記入および該当する ☐ にチェック☑してください。なお、検体情報が外部に漏れることは一切ないよう、十分配慮いたします。

| | |
|---|---|
| 検査目的 | ☑ 死亡原因究明 ☐ 病原因究明 ☐ モニタリング ☐ その他（ ） |
| 豚の情報 | ☐ 種豚（ ☐ GGP ☐ GP ☐ PS ☑ コマーシャル ☐ PRRS陰性農場 /☑ PRRS陽性農場 |
| ワクチン履歴 | ☑ PRRS（ワクチン名: ****** ）（ 21 ）日齢接種 その他、ご依頼項目に関するワクチン履歴をご記入ください。 |
| ☐ 記載不可 | |

## 【検体明細及びご依頼内容】

**2検体以上**または**病理組織検査**をご依頼の場合は、**2枚目のシート**をご利用ください。

**検体①**

**報告書に記載する検体名:** 離乳後7日 A舎

**検査のご要望**

☑ 疑われる一通りの項目 ☐ 特定の検査項目（ ）

☐ 病理組織検査（本依頼書2枚目及び病理検体受付シートをご利用ください。

**齢:** （ 30 ）☐ 日齢 ☐ 月齢 **体重:**（ 25 ）kg **死亡日または屠殺日:** ☑ 死亡 ☐ 屠殺（月日: ／ ）

**稟告:** ☑ 呼吸器症状 ☐ 腸炎症状 ☐ 神経症状 ☐ 繁殖障害 ☐ その他（ ）

状況: 離乳直後から腹式呼吸散見、3/31朝死亡しているのを発見

**治療歴:** 治療 ☑ 未実施 ☐ 実施 （投薬日: 薬剤: ）

**検体**

☑ 豚 ☐ 臓器（ ☐ 肺 ☐ 心臓 ☐ 肝臓 ☐ 腎臓 ☐ 脾臓 ☐ 胃 ☐ 腸管 ☐ その他（ ））

☐ 糞便 ☐ 流産胎児 ☐ ホルマリン固定臓器（臓器名: ） ☐ その他（ ）

## 【連絡事項】

（薬剤感受性の詳細、プールで検査する検体、PRRSシーケンス実施など、その他ご要望等ございましたらご記載ください。）

☐ プール検査を希望 ⇒ ☐ 全て検体をプールで検査 ☐ 検体（ ）をプールして検査

☑ 薬剤感受性試験を希望 ⇒ 各検体から同種の菌が分離された場合【☑ プールして ☐ 個別で】 実施 ※プール検査とは数検体を混ぜて検査することです。

☑ PRRS陽性のとき、シーケンス解析を希望

その他、ご要望がございましたらご記載ください。

※検査および試験サービスをご利用のお客様は検査・試験委受託契約にご同意をお願い致します。ご依頼を以て、検査・試験委受託契約をご承諾頂いたものとしてお取り扱いさせていただきます。

※検査材料及び検査で得られた情報/物などは全て弊社に帰属します。

**以下の注意事項をご了解の上、ご依頼くださいますようお願いいたします。**

・検体ご発送の際は内容物、臭いが漏れないように梱包していただき、冷蔵便でお送りください。（検体を凍結すると、細菌、寄生虫が検出されなくなる場合がございます。）
・腐敗した臓器では検査ができない、または十分な結果が得られない場合がございます。あらかじめご了承ください。
・投薬済み（治療済み）の検体である場合、病原菌が検出されなくなる可能性がございますので、あらかじめご了承ください。
・ご依頼内容の不明点及び記載漏れ事項について、確認のご連絡をさせていただく場合がございます。
ご確認できない場合、検体到着から4日目以降は、検体保管料（500円/検体/日）が発生します。
・至急検査をご希望の場合、別途料金が発生する場合がございます。時期によっては対応できない場合もございますのでご相談ください。

受付No.

ご依頼者　株式会社ABCファーム　DEF農場

農場名

【検体明細及びご依頼内容②】

**検体②**

**報告書に記載する検体名：** 離乳後7日　A舎

**検査のご要望**
☑ 疑われる一通りの項目　☐ 特定の検査項目(　　)
☐ 病理組織検査

☑ **以下、検体①と同様のため記載せず**

**齢：**（　　）☐ 日齢 ☐ 月齢　**体重：**（　　）kg　**死亡日または屠殺日：** ☐ 死亡 ☐ 屠殺（月日:　　/　　）

**稟告：** ☐ 呼吸器症状 ☐ 腸炎症状 ☐ 神経症状 ☐ 繁殖障害 ☐ その他(　　)

状況:

**治療歴：** 治療☐ 未実施 ☐ 実施（投薬日:　　薬剤:　　）

**検査項目：** ☐ 疑われる項目を一通り実施 ☐ 実施したい検査項目(　　)だけ実施

**検体**
☐ 豚 ☐ 臓器(　☐ 肺 ☐ 心臓 ☐ 肝臓 ☐ 腎臓 ☐ 脾臓 ☐ 胃 ☐ 腸管 ☐ その他(　　))
☐ 糞便 ☐ 流産胎児 ☐ ホルマリン固定臓器(臓器名:　　) ☐ その他(　　)

**検体③**

**報告書に記載する検体名：**

**検査のご要望**
☐ 疑われる一通りの項目　☐ 特定の検査項目(　　)
☐ 病理組織検査

☐ **以下、検体①と同様のため記載せず**

**齢：**（　　）☐ 日齢 ☐ 月齢　**体重：**（　　）kg　**死亡日または屠殺日：** ☐ 死亡 ☐ 屠殺（月日:　　/　　）

**稟告：** ☐ 呼吸器症状 ☐ 腸炎症状 ☐ 神経症状 ☐ 繁殖障害 ☐ その他(　　)

状況:

**治療歴：** 治療☐ 未実施 ☐ 実施（投薬日:　　薬剤:　　）

**検査項目：** ☐ 疑われる項目を一通り実施 ☐ 実施したい検査項目(　　)だけ実施

**検体**
☐ 豚 ☐ 臓器(　☐ 肺 ☐ 心臓 ☐ 肝臓 ☐ 腎臓 ☐ 脾臓 ☐ 胃 ☐ 腸管 ☐ その他(　　))
☐ 糞便 ☐ 流産胎児 ☐ ホルマリン固定臓器(臓器名:　　) ☐ その他(　　)

**検体④**

**報告書に記載する検体名：**

**検査のご要望**
☐ 疑われる一通りの項目　☐ 特定の検査項目(　　)
☐ 病理組織検査

☐ **以下、検体①と同様のため記載せず**

**齢：**（　　）☐ 日齢 ☐ 月齢　**体重：**（　　）kg　**死亡日または屠殺日：** ☐ 死亡 ☐ 屠殺（月日:　　/　　）

**稟告：** ☐ 呼吸器症状 ☐ 腸炎症状 ☐ 神経症状 ☐ 繁殖障害 ☐ その他(　　)

状況:

**治療歴：** 治療☐ 未実施 ☐ 実施（投薬日:　　薬剤:　　）

**検査項目：** ☐ 疑われる項目を一通り実施 ☐ 実施したい検査項目(　　)だけ実施

**検体**
☐ 豚 ☐ 臓器(　☐ 肺 ☐ 心臓 ☐ 肝臓 ☐ 腎臓 ☐ 脾臓 ☐ 胃 ☐ 腸管 ☐ その他(　　))
☐ 糞便 ☐ 流産胎児 ☐ ホルマリン固定臓器(臓器名:　　) ☐ その他(　　)

**検体⑤**

**報告書に記載する検体名：**

**検査のご要望**
☐ 疑われる一通りの項目　☐ 特定の検査項目(　　)
☐ 病理組織検査

☐ **以下、検体①と同様のため記載せず**

**齢：**（　　）☐ 日齢 ☐ 月齢　**体重：**（　　）kg　**死亡日または屠殺日：** ☐ 死亡 ☐ 屠殺（月日:　　/　　）

**稟告：** ☐ 呼吸器症状 ☐ 腸炎症状 ☐ 神経症状 ☐ 繁殖障害 ☐ その他(　　)

状況:

**治療歴：** 治療☐ 未実施 ☐ 実施（投薬日:　　薬剤:　　）

**検査項目：** ☐ 疑われる項目を一通り実施 ☐ 実施したい検査項目(　　)だけ実施

**検体**
☐ 豚 ☐ 臓器(　☐ 肺 ☐ 心臓 ☐ 肝臓 ☐ 腎臓 ☐ 脾臓 ☐ 胃 ☐ 腸管 ☐ その他(　　))
☐ 糞便 ☐ 流産胎児 ☐ ホルマリン固定臓器(臓器名:　　) ☐ その他(　　)

【病理組織検査のご依頼】

病理組織検査の明細は、お手数ではございますが、別紙**「病理検体受付シート」**に記載の上、本紙とあわせてお送りください。

**検体はホルマリンにより** ☐ **固定済み** ☐ **未固定**

ご依頼内容: ☐ パラフィンブロック作製 ☐ 凍結切片作成 ☐ HE染色 ☐ 病理所見 ☐ 免疫染色(　　)

備考: